

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

ÁREA : Deficiência Mental

TÍTULO DA MONOGRAFIA:

NECESSIDADE DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DEFICIÊNCIA MENTAL
E PSICOSES INFANTIS

Orientador:

Dr. FRANCISCO ASSUMPÇÃO Jr.

Autor:

DAURO JOSÉ DA COSTA

CURITIBA

DEZEMBRO

1986



APAE – ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO PAULO

Conselho Nac. Serv. Social/MEC 5.680 - C.A.R. Secretaria de Promoção Social 1.482 - Util. Públ. Federal Dec. 70.018 de 21.01.72 - Util. Públ. Estadual Dec. 44.929 de 22.06.65 - Util. Públ. Municipal Dec. 7.839 de 16.12.68
C. G. C. N.º 60.802.242/0001-05 - INSCRIÇÃO ESTADUAL N.º 108.621.088

São Paulo, 18 de dezembro de 1986

Ref.

Avaliação do trabalho de conclusão de curso de
Dauro José Costa

"NECESSIDADE DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DEFICIÊNCIA MENTAL E PSICOSE INFANTIL"

Elaboração do Projeto: 9,0

Interesse demonstrado: 10,0

Conhecimento: 8,0

Apresentação: 9,0

Média: 9,0

A média corresponde ao conceito A.

Universidade Fed.	Matrícula
Curso de Especialização	Educação
20	12
201286	
Francisco Assunção Jr.	

SUMÁRIO

Psicoses Infantis - Histórico

Deficiência Mental - Histórico

Psicoses Infantis - Conceito

Deficiência Mental - Conceito

Psicoses Infantis - Aspectos Clínicos

Deficiência Mental - Aspectos Clínicos

Objetivos do Trabalho

Justificativas do Trabalho

Metodologia

Discussão

Conclusão

Resumo

Referencial Bibliográfico

I. HISTÓRICO

1. HISTÓRICO DAS PSICOSES INFANTIS

No que se refere à história das psicoses infantis, Haim Grünspun (1978) cita que já no século XIX alguns autores, na tentativa de classificar as doenças mentais, encontram em alguns quadros sintomáticos uma evolução que levava à demência.

Stella Chess & Mahin Hassibi (1982) destacam os nomes dos ingleses Ireland (1898) e Maudsley (1867), do alemão Emminghaus (1887) e dos franceses Manheimer (1899) e Moreau de Tours (1888) como autores que neste mesmo século já incluíram na literatura psiquiátrica as psicoses infantis, segundo Krynski & Assumpção (1983). O último autor francês referido considerava a psicose infantil como um quadro clínico de ocorrência extremamente rara.

Paralelamente, Kraepelin formulou um sistema nosológico por meio de estudos que evidenciam, de acordo com Ajuriaguerra (1983), o fato de que alguns de seus pacientes fossem doentes desde a infância e embora não sendo relevada uma forma de psicose específica à criança, Krynski e Assumpção mencionam que em 1899 o quadro de demência precoce é sistematizado por Kraepelin. H. Grünspun (1978) coloca que este quadro era caracterizado por demência acompanhada de redução da inteligência e de outras funções, sendo somente 3,5% dos pacientes estudados de faixa etária abaixo de 10 anos.

Já no início do século XX, conforme S. Chess & M. Hassibi (1982), S. de Sanctis tomando como base os estudos sobre demência precoce, define o quadro clínico da demência precocíssima por meio da descrição de crianças com sintomatologia psicótica que não eram deficientes mentais. Ressalta que tal afecção se manifestava em indivíduos de faixa etária inferior à sugerida

por Kraepelin.

Ploullier (apud Gauderer, 1985) introduz o termo esquizofrenia, alterando a denominação do quadro clínico de alguns pacientes diagnosticados como dementes precoces. Também apresenta na literatura psiquiátrica a palavra autista, buscando designar "o processo do pensamento de pacientes que fazem referência a tudo no mundo e a sua volta, consigo mesmos, num processo considerado psicótico".

Na mesma época, Heller (apud S. Chess e M. Hassibi, 1982), relata alguns casos clínicos em crianças, descrevendo uma nova forma de demência que surgia por volta do terceiro ou quarto ano de vida, cujos sintomas definiam rápida regressão do comportamento, perda da fala e retraimento do interesse pelo ambiente, levantando a hipótese de que se tratava de uma psicose funcional. Tal afirmação mais tarde foi refutada, sendo demonstrado que a afecção decorria de degeneração aguda e difusa do córtex cerebral.

Em 1911, Bleuler (apud Grünspun, 1978), embora concordando com a classificação de Kraepelin, passa a utilizar, para a mesma a denominação esquizofrenia (introduzida por Plouler), já que uma das características básicas do quadro clínico é a fragmentação da personalidade (esquizo = divisão, fragmentação; "frenes" = espírito, mente). Segundo Kanner (1966), Bleuler não concordava também com o prognóstico "pessimista" da demência precoce de Kraepelin, afirmando que a síndrome "pode deter-se em qualquer etapa, desaparecendo alguns de seus sintomas totalmente ou em grande parte; e se progride, desemboca em uma forma de demência". A partir de então, o termo esquizofrenia passa a ser mais utilizado na literatura psiquiátrica.

Meyer, também referido por Kanner (1966), posiciona-se contra um método rígido de classificação e ressalta a importância dos fatores constitucionais e as experiências vivenciais que levam ao delineamento do quadro, definindo-o como "desorganização dos costumes de base constitucional".

Targowla e Lamach, mencionados por R. Moisés (1977), em 1928 fazem um relato no qual aparecem vinculados simultaneamente a debilidade e o processo esquizofrênico posterior à "encefalopatia frusta evolutiva" sem distinguir por que a expressão

secundária desta hipotética alteração neurológica ocorra por uma perturbação psicótica e não por uma evolução demencial simples. Este problema é retomado em 1957 por Heuyer e outros que discriminam debilidades simples de "complexas", ou seja, que apresentam "encefalopatia frusta" (em decorrência de falha traumática e infecciosa precoce), afirmando que neste quadro a mesma causa provoca inicialmente a debilidade e posteriormente a esquizofrenia. Misés (1977) destaca a diferenciação entre esquizofrenia "doença", desenvolvida em determinada idade nos débeis simples e "síndrome esquizofrênica" de origem orgânica.

Ajuriaguerra (1983) sublinha que em 1937, por meio dos trabalhos de C. Bradley, J. Lutz, L. Despert e L. Bender, obtém-se uma visão conjunta da esquizofrenia infantil situada num quadro clínico evolutivo. J. Lutz volta-se para a descrição de formas clínicas, enquanto que L. Despert ao aprofundar-se no terreno psicodinâmico formula a seguinte definição de esquizofrenia infantil: "um processo mórbido no qual a perda do contato afetivo com a realidade ou a ausência do desenvolvimento deste contato coincide com o aparecimento de um modo de pensar autista - que se faz acompanhar por fenômenos de regressão e de dissociação - ou é determinado por ele".

Em 1943, Kanner, através do estudo de onze casos clínicos de crianças que apresentavam retraimento no contato com outras pessoas, mesmo antes de um ano de idade, denomina a afecção de autismo infantil precoce. Após estudo de vários outros casos, destaca o fato da maioria ter sido encaminhada até ele sob o diagnóstico de profunda debilidade mental ou surdez. Como principais características, assinala a falta de contato da criança com as pessoas e situações presentes, a ausência ou alteração da linguagem (ecolalia, etc.) e indubitável capacidade cognitiva; quando bebês não apresentam movimento antecipatório ao serem tomados nos braços. Outro traço comum encontrado relaciona-se aos familiares, sendo geralmente de nível cultural superior, voltados a abstrações, obsessivos e pouco afetuosos.

H. Asperger (apud Ajuriaguerra, 1983) descreve outra síndrome denominada psicopatia autística, manifesta em crianças consideradas inteligentes, entre quatro e cinco anos de idade, por contato perturbado, mas possível, negativismo, mímica e posição

namento gestual alterados, atividades lúdicas estereotipadas , e distúrbios de raciocínio e de dissociação afetiva.

Citado por S. Chess & M. Hassibi (1982), Bender argumenta que o quadro clínico de esquizofrenia infantil pode apresentar-se similar ao do retardo mental, da neurose ou da psicopatia, denominando-os respectivamente de pseudodeficiência, pseudoneurose ou pseudopsicopatia. Alguns autores consideram esta classificação muito abrangente, criticando-a.

Misés (1977) ao estudar casos clínicos de crianças que denotam simultaneamente características tanto do quadro psicótico quanto da série deficitária, enfatiza que em muitos casos esta dicotomia torna-se indissociável.

Mahler (1983), utilizando-se de conceitos psicanalíticos descreve outra variedade de psicose infantil: a psicose simbiótica, cujo enfoque centraliza-se na relação mãe-bebê e que segundo vários autores, vem sendo citado desde meados do século XX.

Torna-se imprescindível sublinhar a afirmação de Ajuria guerra (1983), de que vários trabalhos sobre as psicoses infantis são publicados anualmente, e que os mesmos apresentam diversidade no que se refere aos pontos de vista clínicos e às hipóteses patogênicas.

2. HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA MENTAL:

Segundo Misés (1977): "Desde a antiguidade o retardado parece ora como depositário do mal, fonte de repulsa, de medo, objeto de maldição, ora como beneficiário de uma proteção particular, ou detentor de poderes fora do comum".

Este mesmo autor cita que na Idade Média, os retardados eram colocados juntamente com os loucos, criminosos e possuídos pelo demônio, sendo reunidos em locais isolados que eram uma mescla de hospital, presídio e casa de caridade. Afirma que há toda uma ambivalência de sentimentos no que se refere a estes indivíduos, destacando que no decorrer de toda a era cristã, incluindo o presente, ocorrem manifestações de culpabilidade e projetos de reparação.

Alvim (1967) coloca que as poucas referências existentes

tanto na Bíblia, no Talmude e no Corão, comentam sobre os "fracos de espírito" ou "loucos", não havendo qualquer diferenciação. Também destaca que a denominação "cretino" é proveniente da palavra "chrétiens", ou seja, cristãos.

Referindo-se às denominações dadas ao deficiente mental, Oster (1970) comenta que a mais antiga destas, é a de "idiota", explicando que é uma palavra grega que possuía o seguinte significado: homem particular, no sentido de homem que não pode ocupar cargos públicos.

Em 1797, de acordo com Alvim (1967), caçadores descobrem em Aveyron, França, um menino, o qual Pinel tomou como um "idiota incurável" e que Itard, em 1801, acreditando tratar-se de uma criança normal, procurou educá-lo. Kohler (1960) afirma que esta tentativa, embora tenha fracassado, o livro no qual foram registradas as experiências de Itard pode ser considerado o primeiro manual de reeducação dos retardados.

É evidenciado por Alvim (1967) que Seguin dá continuidade à obra de Itard, convencendo as autoridades francesas da necessidade de abrigo e educação aos deficientes mentais, iniciando no "Hospice des Invalides", em Bicêtre, uma escola para idiotas; em 1846 publica sua grande obra "Traitement Moral, Hygiène, et Education des Idiots".

Kohler (1960) destaca que enquanto Seguin desenvolve este trabalho na França, Pestalozzi na Suíça, e Froebel, na Alemanha, desenvolvem trabalhos voltados para o mesmo fim.

Oster (1970) comenta que em 1848 são fundadas na Alemanha, em Massachusetts e Nova York, escolas para deficientes mentais, seguindo instruções de Seguin.

Kohler (1960) cita Binet e Simon como idealizadores da Escola Métrica da Inteligência, e o alemão Stern, que a partir de cinco provas desta escala, calculou a relação existente entre a idade encontrada e a idade real, definindo assim, o Q.I. (quociente intelectual), utilizado principalmente nos Estados Unidos da América. Este autor destaca também o "consideráveis esforço pedagógico" tanto de Maria Montessori, como de O. Decroly.

Alvim (1967) afirma que no Brasil a necessidade de assistência à criança excepcional é despertada em 1900, com a monografia do Dr. Carlos Eiras "Da educação e tratamento médico-pe

dagógico dos idiotas", apresentada no 4º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado no Rio de Janeiro. Em 1905 a briu-se nesta cidade, o Pavilhão Bourneville, dedicado ao aten dimento de menores anormais. Em São Paulo, no ano de 1921, é construído um pavilhão para crianças, anexo ao Juqueri e em 1927, no Rio Grande do Sul, surge a instituição denominada Pestalozzi. O trabalho pedagógico inicia-se em 1931, sob a direção de Hele na Antipoff.

Roucek (1973) comenta que desde a Segunda Guerra Mundial, impulsionou-se a formação de classes especiais, para o atendi mento pedagógico do excepcional.

II. CONCEITO

1. CONCEITO (Psicoses Infantis)

Percebe-se por meio do estudo de diversos autores que a terminologia psicose infantil toma uma amplitude de grande porte, envolvendo categorias variadas de afecções, proporcionando assim, o englobamento de controvérsias bem delineadas entre os posicionamentos dos que se dedicam a esta área de pesquisa.

Autores como Misés (1977), Ajuriaguerra (1983), Krinski & Assumpção (1983) posicionam-se a este respeito, levantando a problemática nosográfica da psicose infantil e destacando a diversidade de posições que vêm sendo tomadas pelos diversos estudiosos.

Kanner (1966) utiliza o termo esquizofrenia de modo abrangente para designar desde psicoses até o autismo infantil precoce. Embora tendo incluído tais doenças no capítulo sobre esquizofrenia, cita Ajuriaguerra (1983) que em 1971, Kanner menciona considerar o autismo infantil precoce diferente da esquizofrenia.

Rutter (apud Gauderer, 1985) distingue o autismo infantil precoce da esquizofrenia, colocando que este termo gera confusão e que a partir do momento em que o diagnóstico de autismo for estabelecido, o mesmo deve manter-se, independente do aumento da idade e de modificação na sintomatologia.

Grünspun (1978) e alguns pesquisadores referidos por Ajuriaguerra (1983), como Eisenberg, E. J. Anthony, B. Rimland e M. Rutter, além de valorizarem o quadro clínico, dão especial destaque à idade do surgimento da doença quando do diagnóstico diferencial entre esquizofrenia infantil e autismo.

S. Chess & M. Hassibi (1982) enfatizam que o termo autismo tem sido utilizado muitas vezes como análogo à esquizo-

frenia infantil e à psicose infantil.

Ajuriaguerra (1983) sublinha que a nomenclatura esquizofrenia é pouco utilizada para as síndromes precoces, que o autismo típico de Kanner, se considerado limitando-se à descrição deste, será uma entidade clínica, raramente encontrada, observando-se o autismo precoce no sentido mais amplo do termo, e que as psicoses a partir do período de latência passam a ter características consideradas clínicas para alguns autores, e etio patogênicas para outros, comparando-se assim, à esquizofrenia do adulto.

Torna-se nítida a indiscriminação do uso na literatura psiquiátrica, de termos como a psicose e a esquizofrenia. No que se refere a isto, Krynski & Assumpção (1983), buscando delinearlos distintamente, mencionam: "A partir de critérios psicopatológicos estritos, persiste uma distinção entre os dois termos, correspondendo psicose a uma organização patológica da personalidade ligada à perturbação do contato afetivo com a realidade, em contraposição às esquizofrenias que correspondem a uma dissociação desse contato".

Bender (apud Kanner, 1966) considera esquizofrenia infantil "uma entidade clínica... que apresenta um estado patológico em todos os níveis e todas as zonas de integração e de confrontação dentro do sistema nervoso central, seja vegetativo, motor, da percepção, intelectual, afetivo ou social". De acordo com esse, citado por Gauderer (1985), tal afecção já se implantaria na fase pré-natal, havendo retardamento na maturação embrionária e seria denominada de acordo com a época de aparecimento: até os 3 anos de idade considerada autismo, dos 3 anos à adolescência, esquizofrenia infantil e da adolescência em diante, esquizofrenia do adulto. Alguns autores vêem a proposta de Bender como demasiada abrangente.

Kanner (1966) afirma que há uma tendência a colocar sob o mesmo diagnóstico quadros clínicos heterogêneos, citando no mesmo parágrafo o conceito de Rank de "criança atípica" que engloba todas "as graves perturbações do desenvolvimento inicial que foram descritas como enfermidade de Heller, psicose da infância, esquizofrenia da infância, autismo e deficiência mental".

Utilizando-se de conceitos psicanalíticos, M. Mahler (1983) destaca a relação mãe-bebê como principal fator etiológico das psicoses infantis, apresentando dois quadros clínicos: a psicose simbiótica infantil e a psicose autista infantil. Menciona que em muitos casos, estes dois tipos podem ser claramente distintos quando no início, mas que posteriormente os quadros tendem a justapor-se. Kanner (1966) coloca que embora podendo haver esta justaposição, concorda com Mahler quando cita que a distinção feita pela autora, quando nitidamente traçada, pode ser de grande utilidade.

R. Misés (1977) faz estudos com crianças que apresentam simultaneamente traços psicopatológicos específicos da psicose associados a manifestações da série deficitária, cujo quadro clínico é denominado psicose de expressão deficitária.

E. J. Anthony (apud Ajuriaguerra, 1983), a partir dos vários termos empregados para designar as psicoses, procura agrupá-los:

Grupo I: No qual evidencia-se o aparecimento precoce e uma evolução lenta da afecção; compreende: síndrome de Kanner, pseudodeficiência de L. Bender, e o "tipo inesperado" de J. L. Despert. Grupo II: Faixa etária entre 3 e 5 anos de idade, compreendendo uma evolução aguda seguida de regressão: doença de Heller, as demências, de De Sanctis e Weygandt, o pseudoneurótico de Bender, o "tipo de aparecimento agudo" de J. L. Despert, e a psicose simbiótica de M. Mahler. Grupo III: Surgimento tardio e processo mórbido flutuante e subagudo: pseudo-psicótico de Bender.

Diante de enfoques tão diversos, torna-se necessário destacar que o conceito utilizado neste estudo será o de Ajuriaguerra (1983): "psicose da criança é um problema de personalidade relacionado a um transtorno ocorrido na organização do ego e intimamente ligado à relação da criança com o meio ambiente".

2. CONCEITO (De Deficiência Mental)

Segundo Ajuriaguerra (1983), até o século XVIII a denominação idiotismo reuniu todo o complexo de estados deficitá-

rios.

Em 1818, afirma Zazzo (1976), Esquirol diferencia uma entidade nosológica dentro desta noção de idiotismo definida por Pinel, buscando isolar três tipos de deficiência:

1 - "A confusão mental, alteração passageira das funções intelectuais em um homem normalmente inteligente.

2 - A loucura, alteração irreversível

3 - A idiotia, que difere dos dois estados anteriores visto que é uma "agenesia intelectual" : o idiota tem falta de inteligência porque a sua inteligência nunca se desenvolveu".

No que se refere à classificação, Grünspun (1978) cita Binet como um dos primeiros a apresentar uma classificação, buscando diagnosticar oligofrenia, subdividindo-a em três grupos: o idiota (o que não chega a aprender a falar), imbecil (o que não aprende a escrever) e o débil mental (o retardado simples, que aprende a ler e a escrever). Em 1911 é incluída a classificação em idade mental e em 1912, Stern introduz a denominação "quociente de inteligência" (Q.I.).

Com isto, surge o critério psicométrico, comentado por vários autores como Ajuriaguerra (1983) que levanta o fato deste critério mostrar somente dados quantitativos, não fornecendo dados da organização mental e que cita autores como N.O'Connor & B. Hermelin que afirmam a psicometria ter proporcionado atrasos no estudo de estratégias e outros mecanismos referentes à reflexão e solução do problema. Esse mesmo autor cita a seguinte colocação de Zazzo: "Para se chegar a uma definição útil, é preciso conseguir uma informação de grande amplitude - biológica, sócio-cultural e afetiva - sem a qual não se pode conceber as dimensões espaciais e temporais da personalidade". Afirma também que se o critério empregado for um só, o conceito de oligofrenia não terá valor absoluto.

A não correspondência existente entre escore de Q.I. e a etiopatologia do funcionamento intelectual deficiente é destacada por Stella Chess & Mahin Hassibi (1982), levando-se em conta que a maioria dos deficientes mentais leves e moderados não denotam alterações neurológicas identificáveis, enquanto que os deficientes mentais profundos as apresentam.

Ross (1979) sublinha que referir-se aos processos men-

tais, embasando-se em escore de testagem, significa apenas uma inferência, pois este está relacinado diretamente ao comportamento observável.

No que diz respeito aos conceitos de I.M. (Idade Mental) e Q.I. (Quociente de Inteligência), Grünspun (1978) destaca a denominação atraso mental como utilizada impropriamente, pois uma criança de dez anos de idade cronológica, com seis anos de idade mental não se portará como uma criança normal de seis anos, dizendo ainda que um erro consiste em considerar "a oligofrenia como uma deficiência que atinge somente a esfera intelectual". Justifica que não há criança normal em idade alguma que se manifeste como deficiente mental.

Krynski () afirma que deficiência mental não é uma "moléstia única", mas um conjunto de síndromes de diversos quadros clínicos e etiológicos, porém sendo comum a todas, a intelectualidade rebaixada. Cacilda C. dos Santos (1980) concorda quando coloca que o essencial numa oligofrenia é a inteligência menos desenvolvida.

Por outro lado, em relatório da Comissão Conjunta em Aspectos Internacionais da Deficiência Mental (1981), consta que a deficiência mental não é uma doença e nem uma síndrome, mas uma resultante de ampla variedade de causas.

De acordo com Grünspun (1978), que faz comentários a respeito da variedade de etiologias, a oligofrenia aparece como um sintoma e não como um quadro nosológico.

A definição de deficiência mental que será utilizada neste trabalho é a apresentada pela A.A.M.D. (American Association for Mental Deficiency; apud Chess & Hassibi, 1982): "Retardamento mental refere-se ao funcionamento intelectual abaixo da média, que se origina durante o período de desenvolvimento e está associado à deterioração do comportamento adaptativo".

Telford & Sawrey (1978) afirmam que a A.A.M.D. ao utilizar-se deste conceito de Herber, destaca três condições que devem ser apresentadas simultaneamente no indivíduo, para que este seja diagnosticado "mentalmente retardado":

- 1 - Funcionamento intelectual abaixo da média.
- 2 - Deve originar-se durante o período de desenvolvimento.
- 3 - Deterioração do comportamento adaptativo.

III. ASPECTOS CLÍNICOS

1. ASPECTOS CLÍNICOS DA PSICOSE INFANTIL

Grünspun (1978) afirma que a sintomatologia dominante das psicoses infantis é a que atua sobre a linguagem, motricidade, afetividade e processos intelectuais, levando a uma parada no desenvolvimento da personalidade ou mesmo a um retrocesso, podendo chegar à demenciação.

S. Chess & M. Hassibi (1982) destacam o fato de alguns autores levantarem a hipótese de que o desenvolvimento anormal ocorre desde o nascimento, e de outros que afirmem haver um período de desenvolvimento normal e após, a deterioração.

De acordo com Ajuriaguerra (1983), a psicose infantil pode ter um início:

A - Insidioso e progressivo, sendo caracterizado geralmente por distúrbios de conduta, retraimento autista e alteração atípica de humor.

B - Agudo, surgindo através de acessos excito ansiosos, psicomotores ou manifestações confuso-oníricas; podem ocorrer como reacionais.

Seus manifestações ocorrerão sob várias formas, tais como:

1 - Alterações psicomotoras:

Alan Q. Ross (1979) cita: a má coordenação, locomoção e equilíbrio, caminhar em rodopios ou na ponta dos artelhos, excessiva motilidade, imobilidade, postura bizarra ou balanceio.

S. Chess & M. Hassibi (1982) colocam a hiper ou hipoatividade e ainda posturas estranhas e maneirismos, sendo acrescentados por Ajuriaguerra (1983), parasitismo, atividades ritualizadas e gestos estereotipados. Grünspun (1978) coloca que a interrupção dessas atividades estereotipadas podem gerar bir

ras intensas.

2 - Sensibilidade alterada:

Diminuição ou aumento da sensibilidade aos estímulos sensoriais, como o som e a dor (Ajuriaguerra, 1983) e respostas atípicas a estes, como respostas excessivas à estimulação (Alan O. Ross, 1979).

No que se refere às alucinações, Lukianowicz (apud Ajuriaguerra, 1983) coloca que estas não ocorrem somente em crianças psicóticas, mas também em neuróticas, naquelas que apresentam distúrbios de conduta e nas normais, embora sejam extremamente raras.

3 - Distúrbios de linguagem:

Grünspun (1978) cita como tais, a dificuldade na aquisição, a ecolalia, a verbigeração e a utilização de neologismos além de, segundo Alan O. Ross (1979), discurso de conteúdo bizarro ou sem sentido e ausência ou imaturidade de linguagem. Ajuriaguerra (1983) ainda afirma haver o mutismo secundário (também citado por Kanner, 1966), que pode ser total ou a fala existir não como meio de comunicação, mas como solilóquio, destacando haver tais distúrbios como reflexo do pensamento elíptico, hermético e simbólico do psicótico.

Rutter, Greenfield e Lockyer (apud Alan O. Ross, 1979) colocam que crianças psicóticas não tem um desenvolvimento normal da linguagem e fazem a seguinte colocação: quanto mais comprometedor for o distúrbio, mais séria será a deficiência na linguagem e menos favorável o prognóstico.

Além disso, deve-se destacar a não utilização do pronome pessoal na primeira pessoa (Grünspun, 1978; S. Chess & M. Hassibi, 1982).

4 - Perturbação na relação interpessoal:

Segundo Kanner (1966), abandono do interesse pelo ambiente, isolamento e irritação quando este é interrompido, além de diminuição e rigidez nos afetos, e de acordo com Grünspun, (1978), embotamento afetivo, não participação dos interesses situacionais e certa incapacidade em se relacionar com o mundo externo. O mesmo destaca que as respostas emocionais são fracas, superficiais ou imotivadas como choro, riso e raiva, também podendo haver todo um processo negativista, no qual a criança pro

cura fazer tudo ao contrário do que lhe pedem.

Ajuriaguerra (1983) cita o que denomina de expressão de pseudocontato, ou seja, inibição e contato superficial; destacando também reações agressivas.

S. Chess & M. Hassibi (1982) sublinham o fato de haver enorme resistência a simples mudanças no ambiente.

5 - Personalidade:

Grünspun (1978), coloca que nas psicoses infantis as funções do ego apresentam-se alteradas, destruídas ou mesmo, não desenvolvidas, havendo perturbação e conflito no mundo interno em cada tentativa de adaptação.

Ajuriaguerra (1983) sublinha as mudanças de humor, havendo desde depressões (podendo chegar à tentativa de suicídio) à hiperatividade e superexcitação pueril, crises de agitação ansiosa; esta ansiedade pode ser manifestada só a nível de imaginação como imagens de morte e de devoração.

Pode haver fobias gerando preocupações exacerbadas com micróbios, de que certos alimentos fazem mal, além de crises impulsivas de destruição e agressão, entre idéias de limpeza e ordem, às vezes negligenciando suas vestimentas e o próprio corpo.

G. Uschakov (apud Ajuriaguerra, 1983) afirma que aos comportamentos obsessivos unem-se, às vezes, dúvidas obsessivas que podem tomar valor de uma ação e de uma vivência ritual e simbólica complexa, podendo a conduta obter um automatismo obsessivo.

S. Chess & M. Hassibi (1982) afirmam que a confusão de identidade pessoal e inconsciente leva a comportamentos anormais como à automutilação. W. Goldfarb (apud Ajuriaguerra, 1983) destaca que a criança psicótica tem dificuldade de se conscientizar que possuem um corpo integrado e estável, sentindo-o como fragmentado, desintegrado e sem limites precisos.

6 - Componente deficitário:

Grünspun (1978) afirma que os processos intelectuais estão quase sempre prejudicados, colocando a não efetividade de atenção ao exterior, tampouco concentração, havendo em alguns casos, exacerbação da memória ligada a atividades subjetivas.

Ross (1978) levanta a possibilidade de haver retardamen

to intenso, com "ilhas" ocasionais de função intelectual normal ou quase normal.

O empobrecimento da escolarização é citado por Ajuria-guerra (1983) como fruto de distúrbios de raciocínio, lentidão, dificuldades de atenção, retenção e de assimilação, "lacunas" na emissão e recepção de mensagens, desordem na associação de idéias e bloqueio mental.

Autismo Infantil Precoce

Considerada por vários autores (Chess & Hassibi, 1982; Ajuriaguerra, 1983 ; Grünspun, 1978) como uma patologia que se enquadra entre as psicoses, o autismo infantil precoce foi inicialmente estudado por Kanner, que o colocou em seu capítulo sobre as esquizofrenias.

Algumas características, de acordo com Kanner (1943):

- Impossibilidade, desde o início da vida, em estabelecer relações ordinárias com pessoas e situações .

- Não ocorrência de movimento antecipatório, quando outra pessoa insinua pegar a criança nos braços; forma de adaptação que ocorre universalmente em todas as crianças, aproximadamente aos quatro meses.

- Até por volta de seis anos, não utilização de pronome referente à primeira pessoa, geralmente referindo-se a si mesmo na terceira pessoa.

- Não olham para outra pessoa diretamente nos olhos

- Quando sozinhas com seus objetos, sorriem prazerosamente.

- As crianças que falam, possuem vocabulário surpreendente, memória ótima, memória mecânica para pessoas e nomes, formas complexas.

- As crianças estudadas por Kanner apresentavam retraimento antes de um ano de idade..

- Ecolalia.

No que diz respeito às famílias destas crianças, Kanner afirma que na maioria eram formadas por pessoas cultas e inteligentes, obsessivas, pouco afetuosas, frias e formais, além de voltadas para abstrações.

Rimland (apud Ajuriaguerra, 1983) discorda de Kanner, e coloca que os familiares dos autistas geralmente são adaptados, havendo dificilmente entre eles, casos de doenças mentais.

Ajuriaguerra (1983) comenta que se nos limitarmos à descrição de Kanner, os casos de autismo serão muito raros, acrescentando à descrição clínica deste:

- Maior freqüência entre meninos
- Criança de aparência normal ao nascer
- Hábitos motores que progridem para comportamentos ritualizados
- Utilização de objetos, sob forma estereotipada, aparentemente sem intencionalidade
- Ausência de reação diante do desaparecimento dos pais
- Recusa a contatos epidérmicos
- Poucas atividades de exploração do próprio corpo
- Indiferença quanto à sua imagem no espelho, exceto quando em movimento
- Distúrbios de linguagem
- Diagnóstico de surdez é freqüente em autistas, embora não havendo perda de audição.

Gauderer (1985) utiliza-se da definição da "The National Society for Autistic Children": "Autismo é uma inadequacidade no desenvolvimento que se manifesta de maneira grave, durante toda a vida. É incapacitante, e aparece tipicamente nos três primeiros anos de vida. Acomete cerca de cinco entre cada dez mil nascidos e é quatro vezes mais comum entre meninos do que meninas".

Este autor afirma que é uma afecção encontrada em famílias de toda configuração social, étnica e racial, destacando não ter encontrado no meio ambiente destas crianças qualquer causa psicológica que possa causar o autismo. Além disto, coloca que os sintomas são causados por disfunções físicas do cérebro que podem ser verificadas pela anamnese ou apresentar-se no exame ou entrevista com o indivíduo.

Sua descrição clínica inclui:

- "Distúrbios no ritmo de aparecimento de habilidades físicas, sociais e linguísticas
- Reações anormais às sensações. As funções ou áreas mais

afetadas são: visão, audição, tato, dor, equilíbrio, olfato, gustação e maneira de manter o corpo

- Fala e linguagem ausentes ou atrasadas. Certas áreas específicas do pensar presentes ou não. Ritmo imaturo da fala, restrita compreensão de idéias. Uso de palavras sem associação com o significado

- Relacionamento anormal com objetos, eventos e pessoas. Respostas não apropriadas a adultos ou crianças. Objetos e brinquedos não usados de maneira devida."

Etiologia das Psicoses Infantis

Segundo Robinson & Robinson (1975) há falta de precisão e uniformidade, quando se refere às causas da psicose infantil. Afirmam que há três hipóteses que procuram ir de encontro aos fatores etiológicos desta afecção. As teorias da atipia, volta aos estudos de aberrações primárias genéticas e/ou fisioló gicas, comentam que a criança inicia sua vida com um organismo atípico e conseqüentemente, havendo restrições primárias em suas capacidades adaptativas, originando assim, a psicose infantil. As teorias da influência psicossocial, ao evidenciar as experi ências ambientais e interpessoais, defendem a hipótese de que o ambiente psicossocial, quando alterado, pode proporcionar o sur gimento da psicose infantil. Citam que ainda há outra posição, que destaca que os sintomas da criança psicótica é a somatória de seu potencial, da sua capacidade adaptativa e da influência exercida pelo meio ambiente.

Ajuriaguerra (1983) aborda este tema, comentando os fatores hereditários, a corrente organicista, e teorias psicogenéticas, afirmando que os próprios psicogeneticistas tem considerado uma relação existente entre distúrbios psicóticos e um "modo particular de organização fisiológica".

Kanner (1943) coloca que não há fator ou conjunto de fa tores que se possa colocar como causa da esquizofrenia e desta ca que o fato de haver formas de condutas esquizóides em quadros psicóticos não esquizofreniformes mostra haver um sentido de pluralidade nesta afecção.

Mahler (1983), afirma: "No que se refere à questão de co

locar a etiologia infantil em fatores hereditários versus traumáticos e de frustração, podemos afirmar ser difícil determinar onde se focaliza o distúrbio grave na psicose infantil precoce; se foi causado por uma falta de empatia, por grande desvio inato do ego do bebê, por uma inerente falta de contato com o meio ambiente ou por descabida necessidade de fusão parasitária simbiótica com o adulto. Em realidade, por diversas vezes deparamos com crianças esquizofrênicas cujas mães não apresentam falta de afeto, de amor genuíno, nem inaceitação da individualidade da criança, tampouco possessividade exagerada ou atitudes infantilizadoras ou restritivas".

2. ASPECTOS CLÍNICOS DA DEFICIÊNCIA MENTAL

"A população com retardo mental não é um grupo homogêneo e os achados patológicos, bem como as características de cada grupo de indivíduos retardados, podem não ser aplicáveis a toda a população de retardados" (S. Chess & M. Hassibi, 1982).

Porém, se houver uma visão dos mentalmente retardados como um todo, pode-se perceber que o desenvolvimento evolutivo dos mesmos estará em desigualdade, quando comparados a crianças de sua faixa etária, tidas como normais. A esse respeito, Gesell & Amatruda (apud Telford & Sawrey, 1978), comentam ser este grupo comprovada e sistematicamente lentos na aprendizagem de andar, falar, comer pela própria mão e em desenvolver hábitos próprios de higiene.

Telford & Sawrey (1978) afirmam haver lentidão em praticamente todos os aspectos de desenvolvimento anatômico, fisiológico, motor e social, assim como no desenvolvimento intelectual.

Lawrence Kolb (1976) destaca que atraso na aquisição de condutas motoras sugere desenvolvimento cerebral prejudicado.

No que se refere ao desenvolvimento da fala, Kanner (1966) afirma que há variações na iniciação e na aquisição da palavra em crianças com o mesmo quociente intelectual, embora deva-se perceber se os progressos estão sendo lentos em outras funções a serem desenvolvidas.

Ajuriaguerra (1983) destaca a importância da comunicação

verbal, citando S. Porel Maissonny que descreve três níveis de linguagem no débil mental:

"A - Adquire apenas palavras isoladas, que completa com um pouco de mímica descritiva; compreensão quase nula da linguagem.

B - Consegue organizar o discurso por justaposição de palavras, construindo frases curtas em conjuntos, sem chegar, no entanto, a coordenar uma narração inteligente; compreensão da linguagem reduzida a frases simples com inúmeras incoerências; confunde os pronomes em orações um pouco complexas, usando pouco os relativos e cometendo faltas de coordenação dos tempos verbais.

C - Frases de construção normal, mas com vocabulário pobre e estruturas expressivas pouco variadas; a transcrição escrita da linguagem acontece, e é muitas vezes correta, mas a compreensão do texto é bastante limitada; os problemas da linguagem aparecem mais na narração escrita do que na falada".

S. Chess & M. Hassibi (1982) também destacam alterações na verbalização dos deficientes mentais, colocando como a maior porcentagem apresentando fala imatura com articulação defeituosa, atraso na aquisição da linguagem, chegando nos casos mais profundos, a haver total ausência da fala. Também afirmam que as sentenças formadas são mais curtas, o vocabulário e a sintaxe são inferiores, quando comparados ao seu grupo etário.

Kolb (1976) levanta a correlação entre inteligência e capacidade de desenvolver uma fala correta e distinta.

M. de Maistre (apud Ajuriaguerra, 1983), ao abordar a deficiência mental coloca a integração da linguagem e a integração social como complementares, afirmando que a integração social não é possível se não houver um sistema significativo comum.

As organizações interpessoais, segundo Ajuriaguerra, aparecem de forma pouco flexível em função da falta de agilidade mental do deficiente, havendo trocas afetivas pouco expressivas, identificação mais compactas ou dispersas e variáveis, maior sensibilidade à frustração e dificuldades para superar impulsos libidinais, sublinhando que o ego é organizado de forma diversa ao da criança normal.

Esta suscetibilidade à frustração, segundo Zigler (apud S. Chess & M. Hassibi, 1982) leva o deficiente mental a ter uma habilidade para desenvolver atividades monótonas e repetitivas, já que estas não o levam ao fracasso.

O desenvolvimento da personalidade nos deficientes mentais desde limítrofes a profundos, pode ser tão normal quanto o de qualquer pessoa, afirmam H. Lytryn & R.S. Lourie (apud Ajuriaguerra, 1983) porém levantando que o deficiente mental correrá maiores riscos que outros, levando-se em consideração: "ela fracassa ou atrasa em reconhecer sua mãe; este fato retardará ou mesmo impedirá, conforme sua intensidade - o desenvolvimento de uma aproximação inicial; o período de dependência será de maior duração e bem mais intenso; a fase de negativismo começará mais tarde, mas durará mais tempo; ela poderá apresentar dificuldades, quase sempre de base constitucional, em fazer frente à ansiedade e à frustração, bem como para mostrar seu mecanismo de gratificação, para enfrentar decepções e aceitar substitutivos".

Indo de encontro, S. Chess e M. Hassibi (1982) levantam que se certos aspectos, tais como rejeição ou superproteção dos pais, dificuldades de socialização não forem levados em conta, poderão surgir alterações de conduta.

R. Fau (apud Ajuriaguerra, 1983) destaca traços característicos dos deficientes mentais, tais como: surpreendente credulidade, confusão entre desejado e vivido, mentiras e medos frente a novas situações e condutas patológicas em função de desadaptação: atitudes de retraimento e de oposição.

2.1 Classificação (Mazzotta, 1982):

Deficiente educável: o termo educável é utilizado para designar a possibilidade da criança deste grupo adquirir habilidades de leitura, escrita e cálculo ao nível de alfabetização. Apresenta Q.I. entre 50 e 75, e o prognóstico é o de que virá a ter dificuldades de aprendizagem num currículo escolar comum.

Deficiente mental treinável: seu desenvolvimento intelectual está entre um terço e a metade do nível apresentado pe

la criança média. Pode ter capacidade para desenvolver habilidades de cuidado pessoal, vestir-se, arrumar-se e comer, falar, manter conversas simples e proteger-se dos perigos comuns do ambiente. Apresenta Q.I. de 30/35 a 50/55.

Deficiente mental dependente ou custodial: apresenta uma série de comportamentos associados à deficiência mental e apenas atendimento educacional torna-se insuficiente. Seu Q.I. é sempre abaixo de 30".

Classificação psicométrica da O.M.S.:

Deficiência mental leve: Q.I. entre 50 e 70.

Deficiência mental moderada: Q.I. entre 36 e 50.

Deficiência mental severa: Q.I. entre 20 e 36.

Deficiência mental profunda: Q.I. abaixo de 20.

2.2 Etiologia da Deficiência Mental:

A relevância do estudo da etiologia da deficiência mental ocorre também em função da delimitação e maior conhecimento das causas, o que proporciona a possibilidade de um atendimento mais adequado aos indivíduos portadores e também o desenvolvimento de trabalho profilático.

Ocorre, porém, uma limitação das classificações etiológicas, já que, em muitos casos, as causas são desconhecidas.

No entanto, pode-se de forma mais ampla, separar a causalidade em endógena e exógena. Endógena refere-se a causas intrínsecas, como as formas de retardamento que são geneticamente determinadas. Neste caso, a hereditariedade é o fator causal primário. Exógena, em que a deficiência mental resulta de deterioração orgânica induzida pelo meio ambiente, indo as causas, desde lesões traumáticas, doenças, toxinas, anoxia, a experiências ambientais extremamente restritas e/ou divergentes.

Deve-se sublinhar o fato do funcionamento mental ser resultado da combinação de fatores endógenos e exógenos.

2.2.1 Fatores etiológicos:

A- Lesão cerebral

De acordo com Yanet (apud Robinson & Robinson, 1975), a maioria de crianças com dano cerebral importante, o adquiriu no

período pré-natal; um número menor, no decorrer do parto e a minoria o obteve durante a puerícia.

A-1- Agentes pré-natais que podem causar a lesão cerebral:

-Infecções maternas: Fleming (1982) cita algumas como a rubéola, toxoplasmose, citomegalia, além da infecção bacteriana provocada pela sífilis congênita (Bass, apud Robinson & Robinson, 1975).

-Traumatismos físicos que, segundo Telford & Sawrey(1978) são causados por tentativas mal sucedidas de aborto ou acidentes com a mãe.

-Deficiências nutricionais maternas: autores como Tredgold e Soddy, Fraser (apud Telford & Sawrey, 1978) afirmam haver a possibilidade da ocorrência de "amênia nutricional".

-Radioatividade: Fleming (1982) afirma que a radioatividade pode ter efeito deteriorativo sobre o feto. Telford & Sawrey (1978) destacam que os gametas podem ser afetados pela radiação, sob três formas: serem mortos, seus cromossomos sofrerem rupturas, ou haver mutação.

-Utilização de drogas pela mãe: Wilson, Desmond e Verniaud (apud Telford & Sawrey, 1978) desenvolveram um trabalho com bebês nascidos de mães viciadas em heroína, notando: incidência desproporcional de crescimento prejudicado, hiperatividade e déficit de atenção, sendo apresentados pelas crianças.

-Incompatibilidade sangüínea: causada pelos fatores A, B, O e Rh, que segundo Fleming (1982), podem predispor o neonato a problemas.

A-2- Agentes natais:

De acordo com Telford & Sawrey (1978), temos como causas natais:

-Prematuridade: Masland, Sarason e Gladwin afirmam que um número anormal de indivíduos de nascimento prematuro, são mentalmente retardados

-Asfixia: afirmam que o recém-nato capacita-se para tolerar um grau alto de privação de oxigênio; porém, Darke estudou um grupo de crianças que passaram por este tipo de privação, percebendo rebaixamento significativo na escala Stanford-Binet

-Traumatismos: há certa ligação entre lesão traumática e

prematuridade, já que a estrutura cerebral do bebê prematuro é mais frágil do que a do bebê a termo, sendo então, mais suscetível a danos traumáticos.

A-3- Agentes pós-natais:

Fleming (1982) afirma que, de um modo geral, as causas principais estão relacionadas a afecções agudas como meningite e encefalites, traumatismos cranianos e enfermidades degenerativas progressivas.

B - Fatores genéticos e metabólicos:

Ajuriaguerra (1983) afirma que na maioria dos casos não se pode colocar a origem da deficiência mental como sendo somente genética ou ambiental, destacando que em muitas vezes, quando não é encontrada etiologia exógena, procura-se refúgio numa provável causa hereditária.

É colocado por Fleming (1982) que tanto fatores genéticos, como metabólicos, podem ser causas de deficiência mental, citando exemplos mais comuns: o mongolismo, a fenilcetonúria e a galactosemia.

C - Fatores psicossociais:

Robinson & Robinson (1975) afirmam que para diagnosticar o deficiente mental familiar-cultural, deve-se observar três condições: a deficiência deve ser leve, não haver suspeita de lesão neurológica e ocorrer apresentação de deficiência mental em ao menos um dos pais e um dos irmãos. Fleming (1982) assinala que estes deficientes são originados de ambientes intelectualmente não estimulantes ou de ambientes no qual ao menos um dos pais é incapaz de prover o filho de estimulação necessária ao desenvolvimento do mesmo.

Robinson & Robinson (1975) colocam que perturbações emocionalmente apresentadas por crianças psicóticas podem interferir no desenvolvimento cognitivo destas, proporcionando a ocorrência de aspectos clínicos da série deficitária.

IV. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVAS DO TRABALHO:

1. OBJETIVOS

Investigar a necessidade de diagnóstico diferencial para crianças que apresentem sintomatologia indiferenciada tanto para deficiência mental, quanto para psicose infantil.

Subsidiar especialistas das áreas clínica e educacional quanto ao diagnóstico diferencial entre deficiência mental e psicose infantil.

Delinear algumas alternativas ressaltando a necessidade de efetivação do diagnóstico diferencial nos quadros de psicose infantil e deficiência mental, sem realce de classificações, mas, a evidência da busca de subsídios claros e objetivos nos quadros prognósticos.

2. JUSTIFICATIVAS

O presente estudo aborda um tema complexo e polêmico, que é a diferenciação diagnóstica de dois quadros clínicos que, entre si, muitas vezes não apresentam sintomatologia específica a ponto de delimitá-los sob forma distinta.

Misés (1977) assinala o problema da distinção "déficit-psicose", sublinhando a ocorrência de dicotomia na sintomatologia apresentada tanto pela série deficitária como das perturbações a nível psicótico. Segundo ele, pode haver de certo modo, a apresentação de um todo indissociável quanto ao reconhecimento de uma dimensão específica no que se refere a estes quadros.

Krynski & Assumpção (1983) afirmam que a denominação de "psicose infantil", por ser conceituada e caracterizada sob formas diversas por variados autores, engloba desde patologias referentes a estados deficitários, até outras voltadas para a es

quizofrenia.

No que se refere, Mahler, apud Misés (1977), destaca o fato de que várias crianças são inseridas erroneamente na categoria dos retardados. A este respeito, Grünspun (1985) observa que o número reduzido de casos detectados como psicose infantil deve-se principalmente a falhas diagnósticas.

V. METODOLOGIA

A metodologia utilizada no trabalho a ser desenvolvido, será descritiva (segundo Selttiz):

Análise teórica de diferentes autores, visando estabelecer pontos comuns que permitam diagnosticar ambas as patologias (deficiência mental e psicose infantil).

VI. DISCUSSÃO

"Provavelmente a maior dificuldade para o diagnóstico diferencial são os distúrbios emocionais graves que simulam verdadeira oligofrenia; desordens essas, muitas vezes causadas por dificuldades reais, motoras, físicas, sensoriais, etc. Muitos pacientes havidos como retardados, sofrem de distúrbio emocional primário"(Grünspum , 1978).

O presente trabalho justifica-se por haver este nó górdio que em certos quadros clínicos parece entrelaçar doença e deficiência.

Na própria abordagem feita a respeito dos aspectos clínicos referentes à deficiência mental e à psicose infantil, encontram-se vários "lugares comuns", tais como:

-Desenvolvimento psicomotor:

Gesell e Amatruda (apud Telford & Sawrey, 1978), assim como L. Kolb (1976), destacam que o atraso motor pode sugerir deficiência mental. Alan O. Ross (1979) cita que a má coordenação psicomotora, assim como a locomoção e equilíbrio podem auxiliar no diagnóstico de psicose infantil.

-Distúrbios da linguagem:

Grünspun (1978) ao se dirigir ao quadro psicótico coloca como relevantes a dificuldade na aquisição da linguagem e Alan O. Ross (1979), a grande imaturidade da mesma. Por outro lado, S. Chess & M. Hassibi (1982) colocam que a maior porcentagem dos deficientes mentais apresenta fala imatura com articulação defeituosa e atraso na aquisição da linguagem, podendo chegar a haver, em casos mais profundos, total ausência da fala; o que Ajuriaguerra (1983) afirma como sendo uma das possibilidades decorrentes de psicose infantil.

-Relações interpessoais:

Kanner (1966) cita a diminuição e rigidez dos afetos, e

Grünspun (1978) e Ajuriaguerra (1983), ao se referirem à psicose destacam a inibição e superficialidade no contato. O último autor citado, quando se dirige à deficiência mental, coloca que as organizações interpessoais aparecem de forma pouco flexível, havendo trocas afetivas pouco expressivas.

-Personalidade:

Ajuriaguerra (1983) sublinha que o ego do deficiente mental é organizado de forma diversa à da criança normal, citando . Vermeulen e T. Simon que destacam dois tipos de debilidade : o débil harmônico, que não apresenta desvio de caráter e o débil desarmônico, cuja deficiência é associada à instabilidade, excitabilidade, apatia, emotividade, etc. O mesmo autor, ao se referir às psicoses infantis afirma haver mudanças de humor , desde depressão à hiperatividade e superexcitação pueril, crises de agitação ansiosa, etc.

-Componente deficitário:

Em relação à psicose infantil, Grünspun (1978) afirma que os processos intelectuais estão quase sempre prejudicados e Alan O. Ross (1979) levanta a possibilidade de haver retardamento intenso, com "ilhas" ocasionais de função intelectual normal ou quase normal. Ajuriaguerra (1983) cita o empobrecimento de escolarização como fruto de distúrbios de raciocínio, lentidão, dificuldade de atenção, retenção, assimilação, etc. Percebe-se que o que acaba de ser citado poderia, na sua totalidade, se referir também à deficiência mental.

A partir da pesquisa feita, percebe-se com maior nitidez a real dificuldade em traçar a linha que delimita a doença-deficiência em certos quadros clínicos.

Em função desta dificuldade, ou mesmo, segundo Misés , (1977), da apresentação de um todo indissociável quanto ao reconhecimento de uma dimensão específica no que se refere à série deficitária e às perturbações a nível psicótico, vários casos de psicose são colocados em programas para deficientes mentais, como cita S. Chess & M. Hassibi (1982): "Em uma amostra de 100 admissões consecutivas ao programa de treinamento para retardados mentais do Instituto Neuropsiquiátrico Langley Porter, Philips & Williams (1975) encontraram apenas 13 crianças que não sofriam de perturbações emocionais; 38 crianças foram

diagnosticadas como psicóticas e 49 tinham vários sintomas de problemas de conduta ou neuróticos".

A realidade brasileira não difere, pois o tema é complexo e a dificuldade em diagnosticar, muitas vezes é grande.

Nota-se, por exemplo, que quanto mais profunda for a deficiência mental, mais ela se aproximará, no que se refere à sintomatologia, ao quadro de psicose, pois a ocorrência de condutas perseverativas pode ser acentuada em função de comprometimento neurológico, o desenvolvimento da linguagem precário e o próprio contato alterado com o meio ambiente, dentre outros dados. No que se refere, mesmo levando-se em conta a afirmação de L. Lytryn e R.S. Laurie (apud Ajuriaguerra, 1983) de que pessoas que apresentam desde o grau mais leve ao mais profundo de deficiência mental são capazes de apresentar um desenvolvimento de personalidade tão normal como o das pessoas de inteligência mediana, um paciente que demonstre os sintomas acima citados, pode ser diagnosticado como psicótico.

Com isto, percebe-se a similaridade que há entre as sintomatologias.

S. Krynski (), no seu capítulo "Psicoses na Infância", afirma: "Tenho encontrado casos precoces, geralmente com graves distúrbios de contato e aspecto geral de deficiência mental".

Hipoteticamente, pode haver o caso de uma criança com distúrbio emocional grave (cujo sintoma seja rebaixamento intelectual) que seja encaminhada para um programa para deficientes intelectuais de enfoque pedagógico, que é voltado para o desenvolvimento de habilidades cognitivas, socialização e motricidade. Esta criança pode até ter um certo desenvolvimento neste programa, mas o seu problema real não está sendo trabalhado.

Torna-se relevante as colocações de três autores:

"G. Garrone & F. Guignard e colaboradores (apud Ajuriaguerra, 1983) dão como decidido que a debilidade mental não pode ser considerada simplesmente como um problema de inteligência, nem como uma soma de deficiências diversas, mas sim como uma real desarmonia funcional que afeta os diversos aspectos da personalidade".

Grünspun (1978) afirma que "um erro consiste em conside

rar a oligofrenia como uma deficiência que atinge somente a esfera intelectual".

Zazzo (apud Misés, 1977) cita que "em Patologia deve-se sempre supor que o déficit se acompanha de uma modificação qualitativa - deve-se sempre supor uma nova estrutura de conjunto em que os elementos tomam uma nova significação".

O fato hipotético e os conceitos foram colocados propositalmente, para mostrar a necessidade de um enfoque multidis-
ciplinar, no qual a criança seja vista como um ser individual,
apresentando características próprias, tendo o direito de um a
tendimento diferenciado que vá de encontro às suas necessida-
des, potencialidades e limitações.

VII. CONCLUSÃO

Concluindo, podemos dizer que as deficiências mentais caracterizam-se basicamente por funcionamento intelectual abaixo da média e alterações na conduta adaptativa, e as psicoses infantis por uma alteração da personalidade, com perda ou não estruturação da consciência do EU, podendo atuar sobre a linguagem, motricidade, afetividade, e processos intelectuais.

Destaca-se o fato de que a deficiência mental e a psicose infantil podem aparecer associadas, tanto nos quadros clínicos mais precoces, como nos tardios.

A deficiência mental é percebida pelo autor do presente trabalho como um comprometimento que não afeta somente a área intelectual, pois o retardamento intelectual poderá interferir inclusive na percepção de mundo do indivíduo, e atuação deste sobre o meio ambiente. Com isto, o déficit intelectual não tem a conotação de estaticidade, mas de elemento efetivo na formação da personalidade.

No que se refere ao quadro psicótico, o indivíduo pode apresentar em testagens, um rebaixamento que pode ser decorrente de um mundo simbólico diferente, ou seja, um mundo com significantes diferentes dos vigentes, e não necessariamente fruto de uma deficiência intelectual.

Assim sendo, consideramos fundamental a pesquisa da estruturação da personalidade da criança, de uma forma global, para que seja feita a indicação terapêutica adequada, já que a necessidade diagnóstica é decorrente do programa terapêutico a ser indicado.

VIII. RESUMO

O autor faz uma pesquisa sobre os enfoques dados em trabalhos de autores diversos.

Por meio da revisão de literatura, este relaciona aspectos clínicos tanto da psicose infantil como da deficiência mental, separadamente.

Dando continuidade, reúne no presente trabalho, noções, conceitos e idéias mais evidenciadas por clínicos e estudiosos da área, utilizando-os para levantar e discutir aspectos referentes ao diagnóstico diferencial entre psicoses infantis e deficiência mental.

Com isto, aborda variadas correntes de pesquisadores que se dedicam ao estudo das psicoses infantis e deficiência mental, buscando destacar as similaridades e divergências ocorrentes tanto no aspecto clínico destas como no posicionamento dos autores estudados.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

- AJURIAGUERRA, J. de . Manual de Psiquiatria Infantil, São Paulo, Masson do Brasil Ltda., 1983.
- ALVIM, Clovis de F. Introdução ao estudo da deficiência mental, Belo Horizonte, Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais, 1967.
- CHESS, S. & HASSIBI, M. Psiquiatria Infantil, Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.
- COMISSÃO CONJUNTA em ASPECTOS INTERNACIONAIS da DEFICIÊNCIA MENTAL. Deficiência Mental: Prevenção, Melhoria e Prestação de Serviços, São Paulo, 1981.
- DORSCH, Friedrich. Dicionário de Psicologia, Barcelona, Herder, 1976.
- FLEMING, Juanita W. A criança excepcional, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1982.
- GAUDERER, E.C. Autismo, década de 80: uma atualização para os que atuam na área, do especialista aos pais, São Paulo, Sarvier, 1985.
- GOLDFARB, William. Psicose Infantil, in: Carmichael - Psicologia da Criança. org. Mussen, P.H., São Paulo, EPU, 1975:229 a 329.
- GRUNSPUN, Haim. Distúrbios psiquiátricos da criança, Rio de Janeiro, Atheneu, 1985.

KANNER, Leo. Psiquiatria Infantil, Buenos Aires, Psique-Paidós, 1971.

KOHLER, Claude. Deficiências Intelectuais da Criança, Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1960.

KOLB, Lawrence L. Psiquiatria Clínica, Rio de Janeiro, Interamericana, 1976.

KRYNSKI, S. & ASSUMPÇÃO, F. Psicoses infantis e deficiência mental. in: Novos rumos da deficiência mental, Krynski, S. São Paulo, Sarvier, 1983, : 100 a 106.

KRYNSKI, S.

LEVISKY, David L. Aspectos psicanalíticos das psicoses infantis. Cadernos de Psiquiatria Infantil e da Adolescência, São Paulo, COHA/APAE, ano I (Nº2), ab. 1981: 41 a 52.

MAHLER, Margaret. As Psicoses infantis e outros estudos, Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

MAZOTTA, Marcos J. da S. Fundamentos de Educação Especial, São Paulo, Livraria Pioneira, 1982.

MISÉS, Roger. A Criança deficiente mental; uma abordagem dinâmica, Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

OSTER, Jakob. El niño deficiente mental, Madrid, Católica S.A., 1970.

ROBINSON H.B. & ROBINSON, N.M. Retardamento Mental. in: Carmichael - Psicologia da Criança. org. Mussen, P.H. São Paulo, EPU, 1975: 1 a 75.

ROSS, Alan O. Distúrbios psicológicos na infância, São Paulo, Mc Graw-Hill do Brasil, 1979.

ROUCEK, Joseph. A Criança exepcional, São Paulo, IBRASA, 1973.

SANTOS, Cacilda C. dos. Introdução ao estudo das oligofrenias.
Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, Hospital das Clí-
nicas da Faculdade de Medicina da USP, vol. IX (nº1), MAR.
1980: 5 a 17.

TELFORD, L. W. & SAWREY, J.M. O indivíduo excepcional, Rio de
Janeiro, Zahar, 1978.

ZAZZO, R. A debilidade em questão, Lisboa, Socicultur, 1971.

Curitiba , 28 de dezembro de 1986

A handwritten signature in cursive script, reading "Dauro José da Costa". The signature is written in dark ink and is positioned above a horizontal line.

Dauro José da Costa